

附表

臺南市政府勞工局進用身心障礙者獎勵金申請表

「請務必勾選」

是否請領獎勵金： 是，請領獎勵金 否，放棄請領擇公開表揚

一、公司基本資料

申請日期： 年 月 日

申請單位全銜				聯絡人						
電話		統一編號		勞保字號						
地址	臺南市	區	里	路	段	巷	弄	號	樓	之

二、進用身心障礙者狀況：

月份	員工總人數	法定應進用身心障礙者人數	進用身心障礙者人數	A 申請補助人數	B 每人補助金額新臺幣五千元	C=A×B 申請補助總額
109年7月					五千元	
109年8月					五千元	
109年9月					五千元	
109年10月					五千元	
109年11月					五千元	
109年12月					五千元	
合計	新臺幣 拾 萬 仟 佰 拾 元整					

三、身心障礙員工工作概況：

姓名	身分證字號	工作內容	薪資(元)	工作地點	戶籍地	進用日期	離職日期
				(縣、市)	(縣、市)		
				(縣、市)	(縣、市)		
				(縣、市)	(縣、市)		
				(縣、市)	(縣、市)		
				(縣、市)	(縣、市)		
				(縣、市)	(縣、市)		

※申請單位請於下欄蓋章

承辦人員(蓋章)	業務主管(蓋章)	負責人(蓋章)	申請單位(蓋章)

※審核結果：(以下由勞工局審核)

核予獎勵人數計_____人次，共計新臺幣_____元

不予獎勵原因：_____

審核人員簽章：

業務主管簽章：

機關首長簽章：

請檢附下列資料連同本表送臺南市政府勞工局審核。

一、身心障礙員工勞(公)保加保證明文件。

二、身心障礙員工身心障礙手冊影本。

三、身心障礙員工薪資清冊（並加蓋與正本相符合及公司、負責人章）。

四、申請補助月份員工總人數證明。